十堰市城乡居民基本医疗保险门诊特殊慢性病申请表

（ 年 月）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | □男 □女 | | | 年 龄 |  |
| 身份证号码 |  | | 联系方式 | |  | | |
| 申报病种 | □ 恶性肿瘤（含白血病） | | □ 慢性肾功能衰竭透析 | | | | |
| □ 器官移植术后门诊抗排异 | | □ 系统性红斑狼疮 | | | | |
| □ 糖尿病 | | □ 再生障碍性贫血 | | | | |
| □ 高血压（极高危） | | □ 重性精神病 | | | | |
| □ 慢性重型肝炎 | | □ 肝硬化 | | | | |
| □ 血友病 | | □ 帕金森病 | | | | |
| □ 帕金森综合症 | | □ 类风湿关节炎 | | | | |
| □ 结核病 | | □ 脑血管意外后遗症 | | | | |
| □ 冠心病 | | □ 重症肌无力 | | | | |
| □ 地中海贫血 | | □ 强直性脊柱炎 | | | | |
| □ 系统性硬化症 | | □ 慢性骨髓炎 | | | | |
| □ 风湿性心脏病 | | □ 慢性肺源性心脏病 | | | | |
| □ 苯丙酮尿症 | |  | | | | |
| 门诊特殊慢性病鉴定专家意见：  签名：  年 月 日 | | | | 门诊慢性病协议医疗机构审核意见：  （门诊慢性病协议医疗机构盖章）  年 月 日 | | | |
| 备注： | | | | | | | |
| **提醒事项：**  1、我市城区城乡居民医保的参保患者，申请门诊慢性病鉴定须向市城区最高级别的慢性病协议综合医疗机构申请。  2、重性精神病限在市中医医院、市中西医结合医院、国药东风茅箭医院申报；结核病限在市西苑医院申报（可随时申报）；苯丙酮尿症限在市妇幼保健院申报；其他22种门诊慢性病在市太和医院、市人民医院、国药东风总医院、市中医医院、市中西医结合医院、茅箭区人民医院、市西苑医院、国药东风茅箭医院中的就医医院申报。  3、市医疗保障服务中心不接收城乡居民个人的申报材料。  4、申报资料由受理申报医疗机构存档备查。 | | | | | | | |